



File No.: 038942

Nationality: SYR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
 File No: 038942
 Name: HUDA EL IBRAHIM
 QID No: 28176003564 Sex: Female
 Mob: 74716384 Address: ABU SIDRA



Age: 42 yrs

Marital Status: 15 years

and's Name: Mesar umar Darheel

ile Phone: 74716384 Residence Phone:

SYMPTOMS:

- Trying to conceive ♂ baby - IVF ET 1/5/24
 Failed (1 embryo) - has suprapubic pain & burning
 micturition / 3 wks - No abnormal vaginal discharge.

Medical History: Hypothyroid on 50 mg thyroxine P.H. - 4 C/S - G. Steer 2018 F.H. N/A Sp. Inf.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14 Y.S L.N.M.P 15-5-24
 Menstrual Habits: Regular every 30 days - 6 days
 Menstrual Symptoms: - Menopause:
 Parity: P 4 Abortion 0 Ectopic LCB 3 Y.S

♀ 4 ♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 166 cm Wt. 120.2 Kg BMI Kg/m² Bp 130/90 mm Hg 36.6°C
 Big built, coop, depressed. 8.6 lmf 18 lmf

Chest, C.V.S. Some dropped beats

Abdomen: fatty, normal iliac fossae & free Renel angle

Breasts: good sized NAT

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. ex head of multi, tight vagina, pussy blood

Bimanual Exam. stained vaginal discharge adhered to ut

Rectal Exam. Normal

Investigation Requested: A/F Wt & GA endomet 5.5 mm, ovaries
 Rt & follicle 19.5 mm Lt ov. N/S N echo

Diagnosis: Pelvic pain ? PID +

Plan of Management: Empirical Rx + ♂ diet given
 U/G → NIL

Next Appointment:



مختبرات ألف
Alpha laboratories W.L.L.
For Best Quality

MICROBIOLOGY

Name : HUDA EL IBRAHIM
Sex/Age : F/ 42 y / 0 m / 23 d
Nationality : Syria
Sample Col. : At Lab
Ref. By Dr. : Dr. Leila Hamid
Ref. By Clinic : DR.LEILA

Lab No : 220376
AL No : 60441
Entrance Tm: 29-MAY-2024 15:29:19
Exit Date : 01-JUN-2024 16:13:05
Ext. Ref. Num.: 038942

TESTS

RESULTS

Microbiology:	
Test Name:	
Specimen:	High Vaginal Swab C/S
Gram Stain:	Vaginal Swab
Pus Cells/h.p.f:	:
Epithelial Cells/h.p.f:	Moderate
Gram Positive Bacilli(lactobacilli):	Moderate
Gram Positive Cocci:	Rare
Gram Negative Bacilli:	Moderate
Yeast Cells:	Few
Isolation:	Nil
Organism Name 1:	Two types of organisms isolated.
Growth Pattern:	Klebsiella pneumoniae
Sensitivity:	Heavy Growth
Imipenem	:
Meropenem	Sensitive (+++)
Cefipime	Sensitive (+++)
Piperacillin Tazobactam	Sensitive (++)
Levofloxacin	Sensitive (++)
Ciprofloxacin	Sensitive (++)
Cefoxitin	Sensitive (+)
Amikacin	Sensitive (+)
Gentamycin	Sensitive (+)
Nitrofurantoin	Sensitive (+)
Aztreonam	Sensitive (+)
Trimethoprim/ Sulfamethoxazole	Sensitive (+)
Cefixime	Resistant (-)
Cefuroxime	Resistant (-)
Augmentin	Resistant (-)
Cefotaxime	Resistant (-)
Ceftriaxone	Resistant (-)
Ceftazidime	Resistant (-)

Note: +++ Highest sensitive ++ Medium sensitive + Lowest sensitive +/- Intermediate * - Resistant



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية المعالج لي لمقابلتي وأجراء الكشف علي والقيام بتشخيصي ومعالجتي بالأدوية أو العقاقير أو عمليات إن إحتاج الأمر ، وأنا أدرك أن من مسؤوليتي الحضور في الوقت المحدد لمواعيدي واتباع أوامر الطبيب المعالج لي كما أدرك بأنني لدي الحق في طلب رأي ثاني لو لم أكن راضيا / راضية عن الرعاية المقدمة لي.

وأوافق على أي اجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: صدي درويش الخياط

التاريخ: 29/5/2024

ملف رقم: 038942

التوقيع: [Signature]



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 28176003564 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 09/06/1981 تاريخ الميلاد:
Expiry: 26/05/2025 الصلاحية:
Nationality: سورية الجنسية:
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: هدى درويش الابراهيم

Name: HUDA ALEBRAHEM

Passport Number:

N015947615

رقم جواز السفر:

Passport Expiry:

16/04/2025

تاريخ انتهاء الجواز:

Serial No:

30428176003564

الرقم المسلسل:

Residency Type:

عقلية

نوع الرخصة:

Employer:

مزهرة عمر الدكل

المستقدم:

مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

هدى



DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796

Al Salam Street - North Muaither

Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلى حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

24 JUN 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Huda EL Ibrahimy اسم المريض:

File No.: 038942 رقم الملف:

Age: 42/0 العمر: Vulvovaginitis

Rx

levofloxacin caps 500mg
١ قرص كل ١٢ ساعة

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523